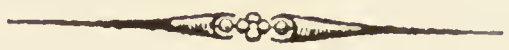
N° 53.

26.

DE LA
PLEUROPNEUMONIE IDIOPATHIQUE

SURVENANT

A LA SUITE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES GRAVES EXERCÉES SUR LES MEMBRES.



PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 2 JUIN 1838,

PAR

VERNAISON (LOUIS-PIERRE),

de Ris (PUY-DE-DÔME);

Ex-Chirurgien interne de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand;

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine.

Facta potentiora Dictis.

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, 3.

1838.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

A MA MÈRE.

Les sacrifices que tu t'es imposés pour mon avenir sont au-dessus de tout éloge. Ce souvenir sera la règle constante de ma conduite.

A TOUS MES PARENTS.

A MES AMIS,

ET NOTAMMENT

A MM. MAISONNEUVE (François) et VIALON (Aimé.)

L.-P. VERNAISON.

DE LA

PLEUROPNEUMONIE IDIOPATHIQUE

SURVENANT

A LA SUITE DES LÉSIONS TRAUMATIQUES GRAVES EXERCÉES SUR LES MEMBRES.

LE médecin observateur qui, dans la recherche des maladies internes dont se compliquent trop souvent les lésions extérieures, s'éclaire de la connaissance des faits, soit pathologiques, soit nécroscopiques, ne tarde pas à se convaincre de la vérité de cette proposition, que les altérations de la plèvre et du poumon sont de toutes les plus fréquentes, les plus promptement mortelles, et, par suite, celles dont il importe le plus de bien préciser l'existence et les différents symptômes. Ces affections, qui offrent autant d'incertitude et d'obscurité dans leur mode de formation et leur développement, que de gravité dans leurs effets sur l'économie, ont besoin, pour être découvertes, de la méthode d'investigation la plus attentive. Autant,

dans les cas les plus simples, la pleuropneumonie se trahit par des signes positifs et pathognomoniques, autant, dans la circonstance qui nous occupe, elle devient difficile à bien constater. Les symptômes qui l'accompagnent sont généralement si fugaces, qu'il n'est pas rare de voir des praticiens habiles la méconnaître pendant la vie, alors même que sa fâcheuse influence retentissant dans tout l'organisme, enchaîne sa vitalité, et conduit le malade au tombeau. Ce qui faisait dire à Baglivi : « *O quantùm difficile est curare morbos pulmonum ! ô quantò difficiliùs eosdem cognoscere, et de iis certum dare præsagium ! Tyrones, cauti estote.* »

En raison même de cette funeste intensité d'action, et de la difficulté de son diagnostic, l'observation de cette maladie exige l'attention la plus minutieuse. Le médecin ne doit pas perdre de vue que, si, le plus ordinairement, elle se joue de tous les moyens thérapeutiques dirigés contre elle, il est possible néanmoins, lorsqu'elle est reconnue à temps, d'enrayer sa marche, et même d'en triompher par un traitement rationnel.

Malgré les différences anatomiques et physiologiques qui séparent ces deux ordres d'organes, nous avons cru devoir confondre la plèvre et le poumon sous le point de vue pathologique que nous avons envisagé, parce que leur contiguité établissant alors entre eux une dépendance réciproque, l'altération de l'un entraîne souvent l'altération de l'autre ; parce que l'inflammation dont ils sont atteints est de même nature, et que les indications fondamentales qu'elle présente à remplir sont les mêmes dans les deux cas. Nous aurons soin toutefois de signaler les particularités qu'offrira chacun d'eux sous ces différents rapports.

EXPLICATIONS THÉORIQUES. — RÉSORPTION PURULENTE PAR LES VEINES ET LES VAISSEAUX LYMPHATIQUES.

Le fait pathologique de la résorption purulente n'avait point échappé à l'observation des plus anciens médecins. Hippocrate et Galien avaient

avancé que, par un mécanisme dont ils ne pouvaient s'expliquer la nature, il se déposait sur les viscères une matière purulente provenant d'un foyer de pus extérieur. Plus tard, lorsque les progrès des sciences anatomiques et physiologiques eurent ouvert au génie un champ plus vaste de méditation, les praticiens voulurent se rendre compte du phénomène. De là naquirent des théories plus ou moins ingénieuses, mais toujours exclusives, et dont la plupart sont aujourd'hui tombées dans un juste oubli. De là aussi prirent naissance les erreurs d'indication les plus graves, par suite de la tenacité de chaque opinion à vouloir enrôler sous ses drapeaux des faits pathologiques qui semblaient s'y rattacher, mais dont la cause et la nature étaient souvent essentiellement différentes.

Parmi les modernes, les uns ne voyant, dans l'organisation malade, que des humeurs en circulation ou des fluides altérés, ont soutenu que, dans tous les cas, ces lésions métastatiques s'opéraient par l'absorption de l'humeur purulente qui se déposait sur un organe; les autres, profondément convaincus de la tendance continuelle de la nature à éliminer les principes morbides dont est frappée la constitution, ont rendu les forces vitales seules responsables des déplacements successifs et de la mobilité de l'irritation. Mais, si mettant de côté toute idée préconçue, on soumet ces deux opinions à un examen attentif et impartial, on se convaincra facilement que, loin d'être aussi dissemblables qu'elles le paraissent de prime-abord, elles ont, au contraire, par l'autorité des faits, une frappante analogie de relation; car si l'observation démontre l'existence d'un transport humoral, elle constate en même temps les efforts critiques qui favorisent leur destruction; elle prouve encore, par des indices évidents, qu'il s'établit entre ces deux adversaires un combat à outrance, et que si nos organes deviennent le siége d'affections dévorantes, celles-ci n'ont pu prendre un tel caractère de gravité qu'après avoir triomphé des propriétés vitales.

Quoi qu'il en soit, les partisans de cette dernière opinion n'ont pas eu à s'enquérir, pour la solution complète du problème, des moyens que la nature met en jeu dans le développement des métas-

tases. Ils ont coupé court à toutes les subtilités d'une explication que le simple énoncé des faits rendait suffisante. Les premiers, au contraire, ont dû rechercher par quelle voie la matière purulente pénétrait les organes, et de là une dissidence parmi les humoristes, dissidence dont l'anatomie pathologique rétrécit de plus en plus les bornes, quoique pourtant les données qu'elle a fournies soient loin d'en avoir complètement arrêté la marche. Nous ne ferons que citer les explications que cherchèrent à donner Fabrice d'Aquapendente qui regardait ces lésions métastatiques comme le résultat d'une infiltration; Bordeu qui, dans son traité du tissu muqueux, faisant jouer au tissu cellulaire un rôle physiologique de la plus haute importance, le rendait le siége d'une multitude d'oscillations et de courants au moyen desquels les humeurs, appelées dans tous les sens, traversaient l'organisme pour se rendre sur un point quelconque de l'économie. Ces deux opinions, dont la seconde n'est qu'une modification exagérée de la première, ne sont plus aujourd'hui un sujet de discussion pour personne.

Une théorie plus généralement admise fut celle qui accordait aux veines la puissance de charrier avec le sang le pus des surfaces extérieures. En vain on lui objecta que le pus ne pouvait se mêler au sang, et que les veines ne jouissaient d'aucun pouvoir absorbant; les recherches microscopiques furent là pour répondre aux incrédules, et, sous ce point de vue, il est juste de convenir que ses auteurs firent faire un progrès à la science, en indiquant le principal point de départ des affections métastatiques. Mais l'exclusivisme qui s'empare de toute idée nouvelle ne leur permit pas d'aller plus avant, et parce qu'ils n'apprécièrent aucun symptôme d'inflammation dans le développement des abcès des organes, ils conclurent bien à tort que, dans tous les cas, le corps vivant se trouvait frappé d'une véritable intoxication humorale. Nous aurons soin de constater plus tard la valeur relative de cette idée, en parlant des modifications qu'elle a subies.

L'influence des vaisseaux absorbants eut aussi son tour, et si l'on se rappelle qu'ils sont répandus à l'infini par tout le corps, que les

humeurs sont continuellement pompées par les suçoirs innombrables dont sont criblées toutes les surfaces, qu'ils communiquent tous au moyen d'anastomoses nombreuses ; si l'on ajoute à ces réflexions celles que font naître l'énergie de leur action en rapport direct avec la perversion de leur sensibilité, la propriété qu'ils acquièrent de se charger de certains principes pour lesquels, hors ces cas, ils sont sans affinité, la puissance relative plus prononcée dont paraissent jouir les absorbants extérieurs, et enfin les phénomènes dont ils sont les agents dans la santé ordinaire ou dans certains états pathologiques, on se sentira invinciblement porté à leur accorder une large part dans la formation des maladies qui nous occupent. Nous ajouterons même qu'on semble en avoir de beaucoup trop diminué l'importance, soit que l'influence du système veineux ait satisfait l'esprit des observateurs, soit que les recherches d'anatomie pathologique dirigées sur ce point exigent une application attentive et une habitude d'examen que la plupart ne veulent pas ou ne peuvent pas acquérir.

OU EN EST LA SCIENCE AUJOURD'HUI ?

Plus tard, Pinel avec ses idées solidistes d'une part, Broussais avec sa doctrine physiologique de l'autre, firent baisser pavillon aux humoristes les plus déterminés, et la théorie des altérations humorales tomba sous les coups de ces deux puissants adversaires. De nouvelles explications devinrent indispensables ; il les fallut plus conformes au besoin progressif de la pathologie, plus en rapport avec la pensée du maître dont le vaste génie avait embrassé dans une même réforme toute la science médicale. Les désordres dont les organes sont si souvent le siége à la suite des opérations furent dès lors considérés comme le résultat d'inflammations locales produites, soit par une cause occasionnelle, soit par le simple retentissement de la partie blessée au sein des viscères. Cette opinion s'étaya de l'imposante autorité de MM. Boyer, Roux, Dupuytren ; et si, de nos jours, elle a perdu toute la faveur dont elle jouissait naguère, qu'elle ne désespère

pas, elle n'est point destinée à rester dans l'oubli. La science ne saurait se passer d'elle; car si seule elle ne rend pas compte de tous les faits, on ne peut pas non plus analyser tous les faits sans elle.

M. Velpeau, ne pouvant faire l'application de cette théorie à quelques observations cliniques qui lui étaient propres, ne vit rien de mieux que de ressusciter l'humorisme. Il voulut remettre en vigueur l'existence d'abcès métastatiques par l'absorption du pus extérieur. Les idées qu'il a émises à ce sujet ne sont que spécieuses, quelquefois même contradictoires, et prouvent toute la difficulté qu'il dut ressentir lorsqu'il voulut les soumettre à l'épreuve d'une explication raisonnée. « Dans le système capillaire, dit cet auteur, où le mouvement des liquides n'est plus qu'une sorte d'oscillation, où s'opèrent les nutritions, les diverses sécrétions, mille combinaisons nouvelles, les éléments du pus ne doivent-ils pas faire effort pour s'agglomérer, se réunir, et cesser de marcher avec les autres fluides? Cette agrégation toute chimique, une fois commencée, ne va-t-elle pas constituer un centre d'attraction pour les molécules analogues? En faut-il davantage pour déterminer le noyau d'un abcès? Il n'y a rien là de plus difficile à comprendre que dans la formation de la bile, de l'urine, de la salive, du mucus. Ici ce sont des sécrétions et des exhalations naturelles. Là, au contraire, une sécrétion ou une exsudation pathologique. Voilà toute la différence. »

Cette théorie peut être ingénieuse, mais nous ne pensons pas qu'elle doive être bien sérieusement réfutée: comment comprendre, en effet, que le pus absorbé par les veines, mêlé au sang qui les parcourt, arrive avec lui jusqu'au système capillaire; que là, en vertu d'une force particulière hypothétiquement admise, il s'opère dans le mélange une révolution telle, que le sang et le pus deviennent deux fluides distincts, dont l'un va produire le phénomène de l'assimilation, tandis que l'autre se dépose goutte à goutte dans le tissu de l'organe, et devient le noyau d'un foyer purulent? Ne sait-on pas d'ailleurs, par des exemples pathologiques bien concluants, que les solides participent aux changements qui surviennent dans les liquides, et que ces derniers font subir aux autres des modifications variées,

suivant leurs différents états d'altération ou de pureté ? « Ou bien, ajoute le même auteur, le sang, de plus en plus altéré, trouble l'organisme en général, et finit par déterminer une inflammation locale spéciale, ou l'inflammation développée sous l'influence de causes ordinaires, oblige en quelque sorte le pus à venir s'épancher dans le point où l'organe est le plus irrité. » Et plus bas : « il m'est démontré que l'inflammation n'est que secondaire, qu'elle est déterminée par une parcelle épanchée de matière étrangère qui forme épine, etc. »

Ces différentes citations nous semblent prouver que le professeur de Paris n'était pas toujours dans un accord parfait avec les principes fondamentaux qu'il avait adoptés, puisqu'il avoue, d'une part, que l'influence de causes ordinaires peut produire un état inflammatoire qui sollicite l'arrivée du pus, et soutient, d'une autre, qu'au lieu d'être primitive, cette même inflammation a constamment son point de départ dans l'irritation que provoque la présence de la matière étrangère.

L'auteur, il faut en convenir, ne s'en est pas tenu long-temps à des limites aussi resserrées. De nouvelles recherches lui ont fait envisager son sujet sous un point de vue plus large et plus élevé. Il a reconnu la possibilité de la phlébite qui, devenant alors affection concomitante, donne naissance à une nouvelle quantité de pus, et favorise la formation des abcès viscéraux. A l'aide de cette concession, il se rattache, sans l'adopter exclusivement, à l'opinion d'un grand nombre d'auteurs de ce siècle, notamment de MM. Dance et Blandin, qui pensent que tous les accidents généraux, tous les abcès internes qu'on observe à la suite des opérations, sont causés par l'inflammation des veines. Cette dernière théorie, par cela seul qu'elle considère l'inflammation comme se développant d'abord dans les veines qui s'ouvrent au milieu des lésions extérieures, et se propageant ensuite de proche en proche jusqu'au sein des viscères sur lesquels elle dépose ses produits délétères, devient plus conforme à l'observation clinique, et permet d'expliquer les faits sans sortir du rayon physiologique.

C'est sans doute parce que cette opinion est éminemment rationnelle ; c'est parce que, dans bien des cas, elle satisfait aux exigences

des observateurs, qu'on a nié l'existence de la pleuropneumonie idiopathique à la suite des grandes opérations; et cependant rien n'est plus vrai que sa formation dans certains cas, et cela sans phénomènes d'absorption, sans phlébite. Qu'il nous soit permis, malgré notre faiblesse relativement à l'importance et à la difficulté du sujet, de donner quelque développement aux différentes preuves qui nous semblent établir la valeur incontestable de cette opinion.

LA PLEUROPNEUMONIE PEUT ÊTRE IDIOPATHIQUE, ET NE DÉPENDRE NI DE L'ABSORPTION, NI DE LA PHLÉBITE.

Les abcès qui se manifestent dans le tissu des organes doivent bien rarement être attribués à l'absorption, soit qu'elle se fasse par les vaisseaux lymphatiques, comme le pense Hunter, ou par le moyen du système veineux, suivant les expériences et l'autorité de Magendie. Si quelques faits de ce genre se refusent à toute autre explication, nous croyons qu'ils sont rares, et l'anatomie pathologique tend tous les jours à en diminuer le nombre. Il est bien difficile, en effet, de les admettre, lorsqu'on ne voit survenir rien de pareil dans les phlegmons, par exemple, et mieux dans les abcès par congestion, malgré la quantité quelquefois énorme de pus dont sont baignés les orifices absorbants. Mais voyez ce qui se passe lorsqu'à l'aide d'une réaction salutaire, ces abcès dits par résorption ont une tendance à la guérison; un nouveau travail d'absorption s'opère; les parties les plus liquides sont reprises pour être entraînées au dehors, les molécules les plus solides se rapprochent, et il se forme un tubercule; car c'est un exemple incontestable de phthisie tuberculeuse acquise. Mais pourquoi donc les vaisseaux absorbants n'ont-ils plus la faculté de repomper toute la matière purulente? pourquoi, de leur part, cette intensité d'action coïncidant avec un acte pathologique et disparaissant en présence d'une réaction vitale? Ne devons-nous pas en conclure que, dans la majorité des circonstances, le pus s'est formé là aux dépens d'une phlegmasie locale qui, comme beaucoup d'autres, peut avoir sa spécialité, mais dont on ne peut pas méconnaître l'exis-

tence. Quant à la phlébite, nous la comprenons mieux comme pouvant donner naissance aux lésions qui nous occupent, soit que l'inflammation se propage par continuité du système veineux jusqu'au parenchyme des organes, soit que le pus sécrété par les parois des veines altère la composition du sang avec lequel il se trouve en contact, et lui donne des propriétés délétères par lesquelles se trouvent irrités les organes auxquels il se distribue. Mais il n'en est pas toujours ainsi : les sections cadavériques sont loin de constater dans tous les cas des traces d'inflammation veineuse. Il arrive très-souvent que l'on observe des abcès dans les poumons ou des traces de lésions pleurétiques, sans qu'on puisse justifier de la moindre altération dans les veines. Nous n'ignorons pas que, dans ces circonstances difficiles, plusieurs auteurs, entre autres MM. Cruveilhier et Blandin, placent la phlegmasie dans les veinules des parties molles, du canal médullaire ou du tissu spongieux des os, enfin dans le système capillaire. Mais ces hypothèses auraient besoin de démonstrations rigoureuses.

De plus, d'après les recherches de Bichat, le système capillaire forme un système particulier différent de la grande circulation ; il semble avoir une action indépendante de celle du cœur. Dépourvus de valvules, les capillaires impriment au sang une ondulation qui les fait affluer avec plus ou moins de force sur ces organes; il coule en vertu de l'action pulsative des canaux qui le renferment. Cette indépendance de la circulation capillaire est telle, que la grande circulation peut avoir éprouvé des altérations graves sans que le système capillaire semble y participer.

Ces dispositions physiologiques sont encore une preuve contre les raisons qu'on oppose en faveur du rôle que joue la phlébite capillaire dans la formation des abcès viscéraux. Et d'ailleurs, cette concession même ne saurait les avancer beaucoup, car le tissu des organes étant en partie formé par des réseaux capillaires sanguins, il en résulte que la phlegmasie de ces capillaires n'est guère distincte de la phlegmasie de l'organe même, et par suite nous nous trouvons d'accord. On a dit encore que ces lésions s'observaient principalement dans les viscères

abondamment pourvus de vaisseaux sanguins, tels que le poumon, le foie, etc..., et on en a tiré des conclusions en faveur de la phlébite. Mais on peut répondre que le sang étant le principe indispensable de toute inflammation, il n'est pas étonnant que celle-ci se développe de préférence dans les organes qui en contiennent le plus. Et ce que nous venons de dire rentre dans une règle invariable, applicable à tous les cas, qui veut que, toutes choses égales d'ailleurs, la disposition aux phlegmasies, chez les différents individus, soit en raison directe du développement de leur système sanguin.

Mais il est des faits dont la seule observation ne permet pas de révoquer en doute l'existence d'une phlegmasie idiopathique, indépendamment des phénomènes d'absorption combinés ou non avec la phlébite purulente. En effet, les lésions dont le poumon est le siége ne sont pas toujours caractérisées par la présence du pus ; il est possible, dans certaines circonstances, de suivre pas à pas dans le même poumon le développement progressif de l'inflammation, et de constater les désordres variés qu'elle produit, suivant qu'elle se montre avec plus ou moins d'intensité. Cette considération avait paru d'un si grand poids à M. Blandin, qu'il fut conduit par elle à admettre un état inflammatoire du tissu pulmonaire. On lit, en effet, dans sa thèse inaugurale : « A la suite des violentes secousses produites par les grandes opérations, il se développe souvent en peu de jours des masses tuberculeuses énormes dans le foie, le poumon, les reins des individus auparavant les plus robustes ; la matière qui les forme est de consistance variable. Le tissu qui les entoure est très-rouge et paraît dans un état de phlegmasie intense. Toujours ces tubercules altèrent plus ou moins la plèvre correspondante. Presque toujours ils déterminent une pleurésie mortelle. Peu de douleur accompagne leur développement dans le poumon. Sur un individu mort à la suite d'une amputation de la cuisse, et chez lequel je trouvai plusieurs des productions que je décris, j'ai eu occasion d'observer leur mode de développement : il y en avait à tous les degrés ; dans certains points, on trouvait une simple infiltration sanguine d'un ou de deux lobules pulmonaires. Ailleurs

l'inflammation aussi circonscrite était à l'état d'hépatisation rouge ; dans un autre point, c'était une véritable pneumonie lobulaire au troisième degré ; enfin, dans quelques lieux, on ne trouvait que de la matière tuberculeuse. C'est là le plus bel exemple de tubercules développés sous l'influence de l'inflammation. »

Qu'il nous soit permis, pour servir de complément à ces diverses considérations, de produire quelques observations recueillies à la clinique de M. Fleury (1), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Clermont-Ferrand.

Première observation. — Jugues (Jean), âgé de 43 ans, cultivateur, se présenta à l'hôpital le 29 Mai 1836. Il était atteint de fracture comminutive de l'extrémité inférieure du tibia gauche. A la partie externe de la jambe existait une plaie par laquelle étaient sorties des esquilles. Une inflammation violente, suivie de gangrène, s'empara du membre, et une contre-ouverture pratiquée à la partie interne de la jambe donna issue à une grande quantité de pus. De légers frissons, suivis de sueurs colliquatives, se manifestèrent ; la suppuration devint de plus en plus abondante, et le malade succomba le 13 Juin. Les plèvres du côté gauche étaient adhérentes et même ossifiées dans plusieurs points. Le poumon droit présentait, à sa partie postérieure, des traces d'engouement inflammatoire et un commencement d'hépatisation à sa base. Nulle altération du système veineux ; la malléole interne, l'astragale et l'extrémité supérieure du péroné, étaient fracturés.

Il est évident que la lésion des organes respiratoires peut seule ici nous expliquer la mort ; et une remarque qui n'est pas dénuée de tout intérêt, c'est que, du côté gauche de la poitrine, le poumon était sain et la plèvre malade, tandis que, du côté droit, la plèvre était saine et le poumon malade. Il est bon de noter encore qu'avant

(1) Je ne puis passer sous silence l'occasion qui se manifeste de témoigner toute ma gratitude au praticien habile à qui je dois une grande partie de mon instruction médicale, et qui m'a donné des preuves du plus vif intérêt.

l'accident dont il fut victime, Jugues était habituellement en bonne santé, et n'avait jamais souffert de la poitrine.

Deuxième observation. — Voitier (Jean), âgé de 18 ans, cultivateur, entra à l'Hôtel-Dieu le 14 Avril 1837. Il était atteint d'un érysipèle phlegmoneux à la jambe gauche, coïncidant avec une altération organique des cartilages tibio-tarsiens. A l'aide du bistouri, on donna issue à la matière purulente, qui offrit d'abord tous les caractères d'un pus bien élaboré, mais ne tarda pas à devenir séreuse, excessivement abondante, et le malade succomba le 6 Mai suivant. Les lésions nécroscopiques furent les suivantes : disparition des cartilages inter-articulaires; érosion des surfaces osseuses correspondantes; épanchement séro-purulent dans le côté gauche du thorax. On remarqua un seul abcès peu étendu à la partie antérieure de la base du poumon gauche, dont la substance était vivement enflammée.

Troisième observation. — Le 26 Septembre 1838, fut reçu, à l'Hôtel-Dieu, un enfant de onze ans dont l'avant-bras gauche avait été comprimé par une roue de moulin. Les parties molles étaient profondément désorganisées, les os mis à nu. Le membre, excessivement tuméfié par suite d'une compression circulaire qu'on avait exercée pour se rendre maître de l'hémorrhagie, était le siége des douleurs les plus vives. L'amputation fut pratiquée le lendemain 27. Quatre jours après, des frissons se manifestèrent avec exacerbation vers le soir. La suppuration diminua, la plaie se couvrit d'un enduit d'un blanc terne et blafard; la mort arriva le 5 Octobre.

Un abcès s'était formé près de la tête de l'humérus, mais ne pénétrait pas dans l'article. On trouva du pus dans les veines béantes à la surface du moignon, sans que leurs parois fussent enflammées; mais la matière purulente était bornée à la région axillaire, de telle sorte que la sous-clavière n'en offrit aucune trace. Il existait une pleurésie double avec épanchement séro-purulent, et formation de fausses membranes. La base des deux poumons était le siége de plusieurs abcès ressemblant assez aux tubercules ramollis.

Quatrième observation. — Hilarion (Marien), âgé de 37 ans, se fractura le tibia gauche, à la réunion de son tiers inférieur avec ses deux

tiers supérieurs. La fracture offrait une grande obliquité avec déplacement considérable, suivant la longueur et la direction de l'os. La saillie formée par l'extrémité du fragment supérieur irrita les téguments, et produisit une plaie qui fournit une abondante suppuration. Le périoste disparut, et ce même fragment, en contact avec le pus, devint rugueux et ulcéré de telle sorte, qu'il fallut en opérer la résection. La suppuration n'en fut pas moins abondante et de mauvaise nature. Elle répandit une odeur ammoniacale, et la plaie prit un aspect livide du plus fâcheux augure. A ces symptômes locaux ne tardèrent pas à se joindre de la toux, de la diarrhée, de l'abattement. La quantité du pus diminua alors d'une manière notable. Les traits se grippèrent, des frissons intermittents se déclarèrent, et le malade s'éteignit le 19 Novembre.

Les portions du tibia fracturé qui correspondent à la plaie sont dénudées et rugueuses. Le périoste qui les avoisine a plusieurs lignes d'épaisseur; le péroné est aussi fracturé à son tiers supérieur, où se trouve un foyer purulent. Épanchement séro-purulent dans la cavité gauche de la poitrine. Fausses membranes entre les deux feuillets pleurétiques, et diminution de volume du poumon du même côté. Le poumon droit est engoué d'une sérosité sanguinolente qui découle en abondance des sections pratiquées dans sa substance. Le canal intestinal est généralement sain. Sa muqueuse est pâle. Le colon transverse présente cependant quelques traces d'inflammation.

Si la valeur de nos conclusions avait besoin d'être étayée de faits plus nombreux, il nous serait facile de les multiplier. Nous pourrions citer encore l'observation d'un jeune homme de 18 ans, que nous avons vu mourir des suites d'une opération qui lui fut pratiquée, sur le dos de la main droite, pour le débarrasser d'une tumeur osseuse développée dans l'épaisseur du second métacarpien, et chez lequel on trouva des lésions semblables du principal organe de la respiration; celle d'un malheureux qui reçut une masse de pierres sur le genou gauche, et dont le fémur fut fracturé immédiatement au-dessus des condyles. Chez lui encore, l'autopsie démontra une phlegmasie intense de la plèvre et des deux poumons dont la base offrait çà et là de

petits foyers purulents. En vain objecterait-on que ces abcès ne sauraient être le résultat d'une inflammation développée dans le tissu pulmonaire, parce qu'ils sont ordinairement circonscrits, et qu'on ne trouve pas de traces de phlegmasie dans leur voisinage. D'abord nous croyons avoir prouvé que les choses ne se passent pas toujours ainsi, puisqu'il est des cas où, sur le même poumon, on peut suivre tous les degrés du travail inflammatoire, depuis le simple engouement jusqu'à l'abcès. D'autre part, dans les pneumonies ordinaires, il n'est pas rare de trouver dans un même poumon, et jusque dans un même lobe, des portions d'organe parfaitement saines, tandis que d'autres ont été le siége d'une inflammation intense. Que reste-t-il donc qui puisse nous surprendre dans la formation de ces phlegmasies ? Est-il si pénible d'en admettre le développement sous l'influence des causes même en apparence les plus légères, alors que ces causes exercent leur action sur des sujets nécessairement disposés à en ressentir les funestes atteintes ? L'ébranlement général que produit un accident ou une opération grave, ébranlement auquel tous les organes prennent une part plus ou moins active, et qui met en jeu toutes les forces vitales, ne suffit-il pas à lui seul pour en faire concevoir la possibilité ? Chez un homme de 35 ans qui eut la main droite écrasée par un éclat de mine, et qui mourut deux jours après qu'on lui eut pratiqué l'amputation du poignet, nous avons trouvé du pus dans les gaînes du plexus brachial et du nerf médian. A coup sûr, l'absorption ici ne peut jouer aucun rôle, puisqu'à l'époque de la mort la suppuration commençait à peine à s'établir dans la plaie.

Quant à cette tendance si marquée qu'affectent ces phlegmasies à se terminer par suppuration, nous ne chercherons point à l'expliquer. Nous ne pensons pas qu'il s'opère là un travail franchement inflammatoire : c'est une phlegmasie spéciale comme tant d'autres, qui se trouve ainsi modifiée par les circonstances particulières dans lesquelles se trouve le malade. Chez lui, une plaie à large surface s'ouvre à l'extérieur ; elle fournit une abondante suppuration, et les maladies consécutives dont il est atteint revêtent ce cachet particulier, parce que sa constitution tout entière, s'il est permis de parler un tel langage, est infectée d'une diathèse purulente.

Au surplus, les épanchements pleurétiques, les adhérences que contractent les plèvres, ne peuvent guère être considérés comme le résultat de l'absorption et de la phlébite. Ici, du moins, l'affection idiopathique des membranes séreuses est mise hors de doute. Et les considérations que nous avons fait valoir en faveur de l'indépendance de ces maladies du poumon et de la plèvre, nous pourrions, dans quelques circonstances, nous en servir pour expliquer les abcès de même nature qu'on trouve dans le foie, le cerveau, etc. Toutefois nous pensons que cette théorie ne leur est que rarement applicable, et que, dans l'immense majorité des cas, ils sont dus, soit à l'absorption, soit à la phlébite. Cette exclusion relative explique encore pourquoi ils se développent moins souvent dans ces derniers organes que dans ceux que nous avons pris pour types de nos recherches, parce qu'ils sont le siége que cette maladie parait singulièrement affectionner.

ÉTIOLOGIE.

Les causes qui peuvent déterminer ces affections sont variables à l'infini. L'état de prédisposition fâcheuse dans lequel se trouvent les malades les rend sensibles aux plus légères influences ; il en est qui nous échappent complètement, et dont, quoi qu'on fasse, il est impossible d'apprécier la nature. Elles peuvent tenir à la présence de principes délétères qui nous sont inconnus. Les autres peuvent être rapportées à trois chefs principaux : le milieu dans lequel se trouve placé l'individu malade, le régime auquel il est soumis, l'état de son moral. Comme se rattachant au premier point, nous signalerons les habitations malsaines, et en particulier le séjour dans les salles d'hôpitaux où sont réunis un grand nombre de malades, surtout pendant la durée d'une constitution médicale devenue épidémique ; les vicissitudes atmosphériques, l'impression d'un air trop froid ou trop chaud, les plus légers écarts de régime de quelque nature qu'ils soient, tels que des aliments accordés trop tôt, pris intempestivement ou en trop grande quantité ; l'excitation des parties

génitales par le coït ou la masturbation, et généralement tous les actes tendant à fatiguer l'organisme, et par suite à mettre en désordre et à détourner de leur but salutaire les forces de la nature. L'état du moral devient encore une source de causes pouvant produire le développement de la maladie. Tout le monde est d'accord sur l'influence débilitante et durable qu'exercent les passions tristes ou gaies produites, les unes par une trop grande sécurité ou la satisfaction exagérée que fait naître un sentiment d'amélioration; les autres par la peur, des propos inconsidérés tenus au lit du malade sur les dangers qu'il court ou qu'il a courus; dans les hôpitaux, par la visite imprévue de quelque parent ou ami, par une opération même des plus simples, lorsque les malades n'y sont pas préparés. On ne saurait trop étudier le moral des individus qu'on va placer sous le couteau, afin de calmer l'agitation secrète et concentrée à laquelle ils sont souvent en proie. Parmi les faits nombreux qui prouvent incontestablement cette grande influence du moral, il est bon de se rappeler l'exemple frappant, cité par Desault, d'un homme qui, sur le point d'être opéré de la taille, manifesta le sentiment de la douleur la plus vive au moment où le chirurgien ne faisait que tracer avec l'ongle la direction que devait suivre le bistouri, et qui, profondément agité par cette illusion, mourut 24 heures après, sans avoir subi la moindre opération.

SYMPTOMATOLOGIE.

La marche sourde et rapide de ces lésions ne permet pas toujours d'en bien saisir le début. Il arrive trop souvent que lorsqu'elles ne sont plus douteuses, l'art est impuissant pour en arrêter les progrès. Néanmoins, à l'aide d'une observation attentive et éclairée, il devient rarement impossible d'en soupçonner la formation. Un léger frisson ouvre ordinairement la marche; il est suivi d'une fièvre peu intense, s'accompagnant d'une petite toux sans expectoration, et de douleurs vaguement ressenties dans la poitrine. La respiration n'est

pas sensiblement altérée ; le décubitus est ordinairement facile sur tous les côtés. L'auscultation et la percussion, si utiles dans les maladies de poitrine, ne fournissent ici que des données incertaines et de peu de valeur, ce qui faisait supposer à Dance que la phlegmasie n'a pas son siége dans les vésicules, mais bien dans les veinules pulmonaires, hors des voies directes de la respiration. Le mode de développement de la phlegmasie qui, dans l'origine, n'affecte probablement qu'un point circonscrit du poumon et de la plèvre, permet d'expliquer, jusqu'à un certain point, ce qu'il y a de peu caractéristique dans ces différents symptômes. La plaie se déterge mal et fournit une abondante suppuration ; les parties molles qui l'avoisinent se tuméfient, sont douloureuses, et deviennent le siége d'inflammations violentes qui se terminent souvent par la gangrène des tissus qu'elles ont envahis. A cette période, si le sujet est vigoureux, si sa constitution n'est pas altérée par l'existence d'une cachexie ; si, d'autre part, on dirige contre la maladie une méthode thérapeutique convenable, on peut avoir l'espérance de l'enrayer, et de voir ces phénomènes morbides se juger par une crise après deux ou trois accès. Dans les circonstances opposées, la maladie fait des progrès rapides, et s'annonce par des désordres tellement graves, que tous les secours de l'art sont vainement invoqués contre eux. Les frissons deviennent irréguliers et durent quelquefois plusieurs heures ; les extrémités sont froides ; les sueurs qui succèdent sont grasses et poisseuses ; la peau, d'abord pâle et livide, prend un aspect terreux ; la face est terne, les yeux s'excavent, l'haleine est fétide ; la langue, humide, ne tarde pas, ainsi que les dents et les lèvres, à se recouvrir d'un enduit fuligineux. La dyspnée augmente. Au milieu de cet effrayant cortége de symptômes, le malade paraît calme, insensible à ce qui se passe autour de lui, comme s'il ne se doutait pas de sa position ; il tombe dans la stupeur. Le pouls devient petit, faible, et se laisse facilement déprimer. Tout travail de cicatrisation est suspendu dans la plaie ; les bords se décollent et pâlissent ; la suppuration prend une teinte grise et une odeur forte, ammoniacale ; elle entraîne avec elle une plus ou moins grande quan-

tité de gaz, résultat évident de la décomposition des tissus. Enfin, la mort vient terminer la scène, dix, vingt et même quelquefois trente jours après l'invasion de la maladie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous avons déjà parlé des lésions organiques constatées par les nécropsies. Les principales, avons-nous dit, consistent dans la formation d'abcès aux dépens du tissu pulmonaire. Ces abcès sont variables quant à leur nombre et à leur volume. Il nous est arrivé deux fois d'en rencontrer un seul à la base du poumon gauche. Ce fait est rare. Le plus ordinairement ils sont au nombre de cinq à dix, disséminés à la base des poumons, dont ils semblent affectionner de préférence la face convexe. Chez les uns, le pus est à l'état liquide; chez les autres, il est concret, et se présente sous forme de gros tubercules à travers le poumon, dont la périphérie est bosselée par les moins profonds : leur volume varie depuis celui d'une petite noisette jusqu'à celui d'une grosse noix. Les parties environnantes sont plus ou moins vivement enflammées. La présence de ces abcès n'est pas constante. Lorsque le malade a succombé dans la première période de l'inflammation, ou par suite de l'altération plus avancée des plèvres, le poumon peut ne présenter que des traces d'engouement ou d'inflammation ordinaire. La membrane séreuse est enduite d'une couche purulente. Les deux feuillets ont contracté des adhérences; au-dessous se sont formées des collections plus ou moins abondantes de sérosité purulente. Ces lésions pleurétiques ne sont pas toujours dues à l'inflammation primitive des organes pulmonaires. Il est des faits qui le prouvent sans réplique : tel est celui que nous avons cité, dans lequel la plèvre altérée correspondait à un poumon sain, tandis que, du côté opposé, la plèvre était saine et le poumon malade.

TRAITEMENT.

Les indications générales que le médecin doit remplir, consistent à prévenir la formation de la maladie, et à la combattre dès son début, s'il est possible, par les moyens les plus propres à favoriser son avortement. Cette affection revêt un caractère si grave, qu'on ne saurait entourer les malades de trop de soins diététiques, dans le but de les soustraire à l'influence des causes qui la produisent. On les placera dans un local suffisamment aéré, dont la température soit douce et uniforme. On prescrira une diète sévère; et le retour graduel aux aliments ne sera permis que lorsque l'ébranlement général, produit par l'accident ou l'opération, sera entièrement dissipé, et qu'à ces premiers désordres aura succédé un mouvement de réaction locale tendant à faire cicatriser la plaie. Nous avons déjà signalé l'importance qu'on doit ajouter, avant toute opération, à préparer l'état moral des individus aussi bien que leur état physique. On devra, dans ce but, faire ressortir les chances salutaires qu'elle promet, et les dangers inévitables qu'entraînerait la négligence de ce moyen thérapeutique. Il faudra, enfin, autant que possible, leur en rendre l'idée familière, de telle sorte qu'elle devienne l'objet de leurs désirs. Si, malgré ces soins préservatifs, la maladie se déclare, il faut promptement, et dès son apparition, diriger contre elle une médication énergique. C'est alors que les évacuations sanguines locales, et surtout la saignée générale peu copieuse, mais fréquemment répétée, deviennent d'un puissant secours, principalement chez les malades d'une constitution saine et pléthorique. La méthode antiphlogistique est la seule convenable dans cette première période de la maladie. Mais il ne faut pas s'y tromper: les symptômes inflammatoires qui l'accompagnent n'ont pas un caractère tellement tranché qu'il soit toujours facile d'établir entre eux et l'état de prostration qui leur succède une ligne de démarcation; et l'on sent quelle funeste influence les débilitants ne manqueraient pas d'avoir, si on en commençait ou continuait l'usage pendant la période adynamique.

Plusieurs opérateurs allemands et anglais font prendre à leurs malades du café, du vin, des aliments, et cela dans la pensée que les sujets forts et bien nourris résistent mieux aux causes morbifiques et aux inflammations. « Plus on les affaiblit, disent-ils, plus on les expose à devenir malades, et plus les maladies qu'ils contractent sont difficiles à guérir. » Les résultats fâcheux auxquels conduisent de semblables erreurs sont plus concluants que tout ce qu'on pourrait dire.

Le tartre stibié à haute dose, recommandé par Laennec et M. Sanson, est un moyen puissant dont on peut retirer les effets les plus salutaires. M. Velpeau n'en conseille l'emploi que lorsqu'il survient de la stupeur et d'autres symptômes adynamiques. Nous pensons que son usage est surtout indiqué pour combattre les accidents inflammatoires. Plus la phlegmasie est grave, plus elle a d'intensité, et plus son action est énergique. Il porte dans les systèmes nerveux et vasculaire une perturbation particulière qui ralentit les mouvements du cœur, et diminue la susceptibilité générale. Lorsque le malade est dans un état de prostration, on doit chercher à relever ses forces par les préparations toniques, spécialement le quinquina : le camphre, les éthers et tous les excitants ne font que précipiter la marche des symptômes. La fréquente périodicité des accès a fait préconiser le sulfate de quinine; mais son administration est rarement suivie du succès qu'on s'en était promis, circonstance bien facile à expliquer; car l'intermittence contre laquelle il est dirigé n'est ici qu'une manière d'être, une forme particulière d'une affection bien autrement grave que l'élément intermittent; les révulsifs employés sur les membres sont d'excellents moyens sur lesquels on doit insister. On pourra retirer un grand avantage des vésicatoires volants appliqués sur la partie interne des cuisses et des jambes, sur les parois du thorax, et même aux environs et sur la surface de la plaie, lorsque, par suite de la phlegmasie interne, elle devient livide, et que la suppuration y est suspendue. Si, au contraire, elle est le siége d'une tuméfaction violente, si l'inflammation locale est le point de départ des accidents généraux, on cherche à arrêter ses progrès par des applications de sangsues, des scarifications, des topiques émollients, etc.

Il est inutile d'ajouter qu'on doit chercher, par des moyens appropriés, à combattre les complications qui se présentent. La phlébite est une des plus fréquentes et des plus redoutables. La diarrhée qui survient aussi fréquemment est assez rebelle pour devenir la source d'indications spéciales. A cet égard, nous mentionnerons les bons résultats que nous avons vu retirer, à la clinique de M. Lallemand, de la dissolution de nitrate d'argent employée en lavements.

Tel doit être le traitement à employer contre la pleuropneumonie qui fait l'objet de ce travail. Il est facile de suppléer à ce qu'il a d'incomplet : notre intention n'a été que d'en établir les bases principales.

SCIENCES ACCESSOIRES.

COMMENT RECONNAÎTRE L'ALUN A BASE DE POTASSE MÉLANGÉ AVEC LES MATIÈRES DES VOMISSEMENTS ?

On prend les matières vomies ; on les décolore à l'aide du charbon animal : pour dissoudre l'alun, on les traite par l'eau bouillante à laquelle on ajoute quelques gouttes d'acide sulfurique dans le but de favoriser la dissolution. On traite ensuite la liqueur obtenue par les réactifs suivants : elle doit précipiter en blanc l'eau de baryte et les sels solubles de baryte. Le précipité formé est insoluble dans l'eau et dans l'acide nitrique. Elle donne, par l'hydrochlorate de platine, un précipité jaune serin qui est de l'hydrochlorate de platine et de potasse. L'ammoniaque y fait naître un dépôt blanc gélatineux, formé d'alumine.

ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE.

QUELLE EST L'ORIGINE DU PIGMENT DE LA PEAU, ET LA CAUSE DE LA COLORATION DIFFÉRENTE DE CET ORGANE DANS LES DIVERSES RACES HUMAINES ?

Le pigment est la matière colorante de la peau de l'homme. Il existe chez toutes les races humaines, mais à un degré plus ou moins marqué. Placé sous l'épiderme, au-devant du chorion, il se présente sous forme d'une couche étrangère à l'un et à l'autre, et n'est pas contenu dans des vaisseaux propres, comme l'avait annoncé Bichat, puisque, sur la peau du nègre, la macération peut en démontrer l'existence. Le pigment cutané, assez semblable au pigment choroïdien, est formé de molécules noires, insolubles dans l'eau, que l'on croit provenir de la matière colorante du sang. Mais quelle est la source de cette matière colorante ? Est-elle fournie par les bulbes des poils ou les vaisseaux des papilles ? Doit-elle son origine à un organe sécréteur particulier, comme le pense M. Breschet ? Pourquoi est-elle plus abondante ou plus manifeste chez certains peuples ? L'influence des rayons solaires et du froid suffit-elle pour expliquer ces différences ? Ces questions seront long-temps débattues avant qu'on arrive à une solution rigoureusement exacte. Relativement à la dernière, nous sommes d'avis qu'on n'a pas assez tenu compte du rôle que peut jouer l'hérédité ; nous la regardons comme la cause principale de la différence de coloration de la peau chez les différents peuples.

SCIENCES CHIRURGICALES.

QUELLES SONT LES DIFFÉRENTES MALADIES QUI PEUVENT AFFECTER LA GLANDE LACRYMALE ?

La glande lacrymale peut s'irriter sympathiquement dans les cas d'ophthalmie. Il est aussi des causes morbifiques qui peuvent exercer sur elle une action directe et en déterminer l'inflammation. Telles sont celles dont l'influence porte spécialement sur cette glande, de manière à exalter vivement sa susceptibilité, comme les poudres sternutatoires, l'effet de la toux, du rire immodéré, etc., mais principalement les chagrins répétés, les pleurs qui, en exagérant les fonctions de l'organe, y développent un état morbide particulier. Comme toutes les autres, la glande lacrymale peut encore devenir le siége d'une affection cancéreuse, et donner lieu, par son augmentation de volume, à un changement assez considérable dans l'axe visuel pour nuire à la netteté de la vue. Il faut alors en opérer l'ablation. Mais il est rare que l'engorgement squirrheux se soit ainsi limité ; le plus ordinairement il a envahi en même temps le globe de l'œil, de sorte que l'état pathologique de la glande ne nécessite pas d'indication spéciale.

SCIENCES MÉDICALES.

DU CANCER DU COLON.

Lorsque le colon, par suite d'inflammations successives ou d'une diathèse générale, a subi la dégénération cancéreuse, cet état morbide y développe les accidents qui suivent : constipation habituelle, gonflement du ventre, borborygmes et parfois vomissements ; couleur jaune paille de la peau. L'existence d'une douleur fixe et d'une tumeur sensible au toucher indique la portion d'organe qui est devenue le siége de la maladie. Au-dessus d'elle, le canal intestinal, distendu par des gaz, se dessine à travers les parois abdominales. A mesure que le squirrhe fait des progrès, les symptômes prennent un caractère de plus en plus alarmant, et le malade succombe dans le dernier degré du marasme.

Le pronostic de cette affection est donc toujours grave ; néanmoins, dans cette circonstance, elle cause moins de dérangement dans la nutrition que lorsqu'elle s'est établie dans la portion supérieure du canal intestinal ; comme aussi il devient plus facile de combattre l'intensité des accidents auxquels elle donne lieu.

Les recherches cadavériques constatent la présence d'un rétrécissement, et quelquefois d'une oblitération complète de la partie du canal qui a été envahie par le mal. Si cette partie correspond au colon transverse, une masse squirrheuse peut le réunir à l'estomac : on a vu ces deux organes communiquer ensemble par un ulcère cancéreux.

Le traitement de cette maladie, de même que celui de tout cancer, ne peut qu'être palliatif. Éloigner les causes morales et physiques qui favorisent son développement et sa marche ; prescrire aux

malades une petite quantité d'aliments légers, non flatueux; combattre la constipation par l'usage des lavements simples ou purgatifs, la distension du ventre par les applications froides, la douleur par les préparations opiacées administrées, soit à l'intérieur, soit sous forme de fomentations ou de lavements : telle est la méthode thérapeutique seule capable de soulager le malade, et de rendre stationnaire le cancer dont il est atteint.

FIN.

MATIÈRE DES EXAMENS.

1er Examen. *Physique, Chimie, Botanique, Histoire naturelle, Pharmacologie.*

2e Examen. *Anatomie, Physiologie.*

3e Examen. *Pathologie interne et externe.*

4e Examen. *Thérapeutique, Hygiène, Matière médicale, Médecine légale.*

5e Examen. *Accouchements, Clinique interne et externe.* (Examen prat.)

6e et dernier Examen. *Présenter et soutenir une Thèse.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT, *Suppléant*. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
N..... Pathologie chirurgicale, opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN, *Président*. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD. Chimie médicale-générale et Toxicologie.
RENÉ. Médecine légale.
RISUEÑO D'AMADOR, *Examinateur*. Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug. Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER, *Suppléant*.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils.
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD, *Examinateur*.

MM. FAGES.
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND, *Examinateur*.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.